

Traduzione a cura di:  
Infermiera MARIA CRISTINA ROBB  
in collaborazione con D.D.S.I. Paolo Chiari  
Centri studi EBN - Direzione Servizio Infermieristico e Tecnico  
Azienda Ospedaliera di Bologna – Policlinico S.Orsola-Malpighi  
Via Massarenti, 9  
40138 Bologna, Italia

Tel. e Fax. 051 6363049  
E-mail: [servinf@aosp.bo.it](mailto:servinf@aosp.bo.it)  
Web: <http://www.evidencebasednursing.it>

## IMPLEMENTARE LA GESTIONE DELL'ULCERA DELL'ARTO INFERIORE BASATA SULLE EVIDENZE

L'ulcerazione dell'arto inferiore è una patologia cronica e ricorrente e si stima che l'1% degli adulti presenteranno un'ulcera dell'arto inferiore. La maggior parte di tali ulcere sono dovute a patologie venose associate a patologie arteriose, diabete, patologie autoimmuni e a manifestazioni di patologie maligne, per circa il 25%. Nel Regno Unito le ulcere degli arti inferiori sono generalmente gestite dagli infermieri. Una revisione sistematica della ricerca sul bendaggio compressivo è arrivata alla conclusione che le ulcere venose dovrebbero essere trattate con un bendaggio multistrato ad alta compressione. Nessun tipo di bendaggio ad alta compressione si è dimostrato superiore: il gambaletto di Unna, il bendaggio elastico corto e il sistema multistrato elastomerico sono tutti efficaci. Sotto il bendaggio e sopra l'ulcera viene generalmente posta una semplice medicazione, per permettere la guarigione senza seccare la ferita e per prevenire il trauma della rimozione della medicazione e la sensibilizzazione alle preparazioni topiche.

Nel Wirral, un'area sia urbana che rurale dell'Inghilterra del nord ovest (332.000 abitanti), abbiamo implementato due regimi efficaci di bendaggio compressivo. È stato implementato l'utilizzo della medicazione primaria appropriata, anche in quanto non ci sono evidenze che una medicazione oclusiva o semioclusiva, come schiume, film o idrocolloidi sia più efficace rispetto ad una semplice medicazione non costosa (per esempio la medicazione di rete in viscosa o le garze saline) per le ulcere venose delle gambe. Questo lavoro descrive il cambiamento della pratica e gli esiti dei pazienti dopo l'implementazione delle linee guida basate sulle evidenze per la valutazione, il bendaggio e la medicazione della piaga.

### AUDIT DI BASE

È stato commissionato un audit iniziale sull'assistenza erogata per l'ulcera dell'arto inferiore e sugli esiti sul paziente usando i dati raccolti dai medici in loco. La prevalenza locale delle ulcerazioni

(1,42 ulcere per 1000 abitanti) era simile alle stime nazionali del Regno Unito. Venivano utilizzati 21 tipologie differenti di medicazione. 319 ulcere, 83 (26%) erano trattate con medicazioni contenenti iodio, 60 (19%) con medicazioni a base di idrocolloidi e 42 (13%) con medicazione di rete di viscosa. Erano utilizzate 14 tipi di creme od unguenti e 30 differenti tipi di bende, delle quali solo il 21% erano bendaggi compressivi. Il 25% delle ulcere guarivano in 12 settimane.

In una ricerca di sfondo sulle conoscenze e la pratica relativa all'assistenza dell'ulcera dell'arto inferiore, gli infermieri ottenevano un punteggio medio del 40%.

### L'IMPLEMENTAZIONE DEL PROGETTO PILOTA DELL'ULCERA DELL'ARTO INFERIORE DEL WIRRAL

Gli elementi chiave richiesti per ridurre il divario tra la pratica corrente e la migliore pratica possibile sono i seguenti:

- Tutto lo staff nel Wirral adotta un approccio coerente per il trattamento e la valutazione dell'ulcera dell'arto inferiore.
- L'uso dell'eco Doppler portatile dovrebbe fare parte della valutazione.
- I pazienti dovrebbero essere valutati per determinare l'appropriatezza del bendaggio compressivo o la necessità di fare riferimento al parere di uno specialista medico.
- Il Doppler portatile e i bendaggi compressivi dovrebbero essere prontamente disponibili.
- Gli infermieri dovrebbero essere formati nell'applicazione del bendaggio compressivo.
- Gli infermieri dovrebbero applicare una semplice medicazione poco aderente sulle ulcere venose degli arti inferiori.

Sebbene fosse assodato che la compressione multistrato fosse benefica, non era chiaro il metodo migliore di applicazione. Si decise di consigliare l'uso di sistemi a 3 e 4 strati (tabella 1). Questo minimizza i costi mentre mette in grado gli infermieri

ed i pazienti di effettuare una scelta.

Tabella 1: Terapie compressive usate nel Wirral		
	Sistema a 4 strati	Sistema a 3 strati
Primo strato	Lana ortopedica di imbottitura	Lana ortopedica di imbottitura
Secondo strato	Fasciatura in tessuto crespo*	Bendaggio compressivo, altamente estensibile, di alto potere*
Terzo strato	Bendaggio compressivo elastomerico, altamente estensibile, di basso potere	Bendaggio elastomerico tubulare
Quarto strato	Bendaggio coesivo, moderatamente espandibile, di medio potere	

\*Disponibile su prescrizione. Il secondo e terzo strato di entrambi i sistemi sono lavabili e riutilizzabili, ma in pratica il quarto strato viene utilizzato una sola volta e smaltito.

Il costo stimato per l'utilizzo di ciascuno dei due regimi di bendaggio per 12 settimane era di £103,08 per quello a 4 strati e tra £49,22 e £100,32 per il regime a 3 strati (costi del 1996), a seconda dell'abilità e della propensione dei pazienti a lavare e riutilizzare le proprie bende.

#### GARANTIRE I FONDI PER IL PROGETTO

I costi del primo anno (messa a punto, bendaggio e valutazione) furono di £135.000 e i costi ricorrenti sono £55.000 (per ottenere gli elementi non disponibili su prescrizione). L'autorità sanitaria locale, la quale fornisce l'assistenza sanitaria per i residenti locali, era d'accordo di fornire £70.000 per il primo anno, per acquistare i trattamenti non disponibili su prescrizione (come lana ortopedica, bendaggi in forma tubulare e bendaggi coesivi) e per pagare un infermiere specializzato. Lo sviluppo, l'implementazione e la valutazione del pacchetto formativo dell'infermiere è costato £39.000 in più.

#### LA FORMAZIONE DELL'INFERMIERE

Il programma formativo dell'infermiere comprendeva:

- 2 giorni di studio con lezioni sull'eziologia, valutazione, trattamento, prevenzione delle ricadute, riferimenti e cura della cute sull'ulcera dell'arto inferiore.
- Sessioni di lavoro pratico sull'uso del Doppler portatile e l'applicazione di bendaggi compressivi.
- Un video che mostrava l'applicazione dei regimi di bendaggio a 4 e a 3 strati.
- Visite alle cliniche per l'ulcera dell'arto inferiore per osservare ed effettuare la valutazione del paziente e l'applicazione dei bendaggi.
- Un pacchetto formativo contenente informazioni sui riferimenti ed esercizi di auto valutazione.

#### SVILUPPO DI UN DATABASE

L'introduzione della linea guida è stata identificata come un'opportunità per avviare un sistema per monitorare il processo e gli esiti del paziente nella

gestione dell'ulcera dell'arto inferiore. I fornitori di assistenza territoriale hanno sviluppato un database completo, il quale mette in grado di intraprendere audit per pazienti con ulcere venose degli arti inferiori. Gli infermieri inviavano tre aggiornamenti mensili su tutti i pazienti con ulcere venose degli arti inferiori all'infermiere clinico specialista e questi dati erano utilizzati per elaborare delle relazioni sugli esiti dei pazienti.

#### ESITI

Utilizzo di bendaggi compressivi

Tra luglio 1995 e aprile 1997, 138 pazienti (36%) sono stati trattati con bendaggi a 3 strati e 194 (51%) con bendaggi a 4 strati (cioè un totale dell'87% ha ricevuto un bendaggio compressivo rispetto al 21% di base). 45 (12%) non hanno tollerato il bendaggio ad alta compressione, come indicato dalla linea guida, e sono stati trattati usando una riduzione della compressione, due non sono stati bendati e una persona ha indossato una calza compressiva.

Utilizzo della medicazione primaria

Di base, la medicazione primaria più comunemente usata era il foglio di idrocolloidi (19%), una medicazione semplice (14%) e le garze petrolate impregnate di iodio (14%). Dopo l'introduzione della linea guida, meno del 5% dei paziente è stato trattato con un idrocolloide e il 94% è stato trattato con una semplice medicazione non aderente. La gamma di tipologie di medicazioni è diminuita da 21, prima dell'implementazione, a 5 dopo. Non vi sono evidenze che la medicazione che contiene iodio o idrocolloidi sia più efficace di una semplice medicazione e perciò la differenza di costo (approssimativamente £ 2,00 comparate con £ 0,30 per medicazione) può portare ad un considerevole risparmio.

La formazione dell'infermiere

Ci sono stati dei significativi cambiamenti nelle conoscenze sulla valutazione, il trattamento e la pratica attuata sull'ulcera dell'arto inferiore, dopo che gli infermieri hanno completato il programma

formativo. Anche le abilità nel bendaggio sono migliorate: prima della formazione, la maggior parte degli infermieri applicava il bendaggio compressivo in modo da produrre un effetto laccio emostatico. Dopo l'addestramento, la percentuale si è abbattuta al 40 % di infermieri per il bendaggio a 4 strati e il 64% degli infermieri per i primi 2 strati del regime a 3 strati.

#### Percentuale di guarigione delle ulcere

La percentuale di guarigione dei pazienti e delle ulcere è stata valutata trimestralmente, usando i dati dell'audit. Alcuni pazienti avevano più di un'ulcera, presentare il tasso di guarigione dei paziente non fornisce un'immagine reale in quanto, per la guarigione del paziente, è necessario che tutte le ulcere del paziente guariscano. Sebbene questo studio non abbia valutato il bendaggio in se' ed i pazienti non sono stati randomizzati in due gruppi, abbiamo comparato la proporzione dei pazienti la cui ulcera è guarita completamente, usando sistemi differenti; non c'è stata una significativa differenza (34% contro 32% a 12 settimane e 60% contro 54% a 24 settimane, rispettivamente nel sistema a 3 strati e a 4 strati). Il tasso di guarigione per i pazienti trattati con terapia compressiva ridotta è stato del 19% dopo 24 settimane. Una delle barriere per la documentazione del risultato è stata quella che gli infermieri non riportavano quando avveniva la guarigione.

#### BARRIERE ALL'IMPLEMENTAZIONE

##### Organizzazione e finanziamento dei servizi

Thorne ha condotto una revisione sistematica nelle cliniche per l'ulcera dell'arto inferiore sul territorio ed ha dimostrato che sebbene sembrino migliorare gli esiti del paziente, i disegni di ricerca scadenti hanno reso impossibile stabilire se i miglioramenti degli esiti sono stati indipendenti da altri cambiamenti nel servizio, come l'addestramento o la fornitura dei bendaggi.

Dato che Cullum e Last hanno trovato che il 78% dei pazienti, che ricevevano la visita dell'infermiere di distretto per il trattamento dell'ulcera dell'arto inferiore, si mobilitavano completamente, è sembrato ragionevole costituire delle cliniche in modo da poter minimizzare il tempo di spostamento dell'infermiere.

Inizialmente, sono stati tracciati dei piani settimanali per le cliniche dell'ulcera dell'arto inferiore sul territorio, in ognuna delle 6 aree del Wirral. Alcuni medici di base, tuttavia, specialmente quelli che assumevano gli infermieri direttamente per lavorare per loro, si sono rifiutati di permettere che il "loro" staff trattasse altri pazienti. È stato raggiunto un compromesso per mezzo del quale i pazienti ricevevano assistenza in uno dei tre contesti: cliniche territoriali in centri sanitari dove erano visitati i pazienti di molti medici di base, le cliniche nei locali dei medici di base dove visitavano i loro pazienti e a domicilio.

#### Settore ospedaliero

Sebbene la maggior parte delle ulcere degli arti inferiori possono essere trattate sul territorio, le ulcere recalcitranti hanno richiesto un ricovero in ospedale per ulteriori indagini e trattamenti. Una piccola parte dei pazienti, con ulcere non complicate, possono essere trattati in ospedale se sono stati ricoverati con problemi medici concomitanti, sfortunatamente pochi infermieri ospedalieri sono in grado di frequentare il corso di addestramento. Questo minaccia la continuità assistenziale tra l'ospedale ed il territorio. Lo specialista dell'ulcera dell'arto inferiore sul territorio veniva chiamato frequentemente in ospedale per trattare i pazienti, in quanto nessun infermiere che avesse intrapreso l'addestramento nell'applicazione del bendaggio compressivo era disponibile.

All'interno dei contesti locali di assistenza secondaria, era utilizzato solo il sistema di bendaggio a 4 strati a causa delle preferenze del consultant e di un componente del regime a 3 strati (classe di bendaggio 3c) che non era prontamente disponibile nei magazzini dell'ospedale. Questo ha posto un problema per i pazienti che avevano già iniziato il regime a 3 strati sul territorio, che hanno cambiato in quello a 4 strati quando sono stati trattati in un contesto di assistenza secondaria.

#### Mancanza di disponibilità dei componenti dei bendaggi

Alcuni componenti dei sistemi efficaci di bendaggio (per esempio imbottitura con lana ortopedica, bendaggi in formato tubulare e bendaggi adesivi) non erano disponibili su prescrizione. Questo progetto è stato possibile in quanto l'autorità sanitaria aveva fornito £55.000 ogni anno per l'acquisto di prodotti non prescrivibili. In questo modo, il costo dell'avvio di un servizio simile in altri distretti può essere proibitivo, fino a quando il problema dell'approvvigionamento dei prodotti non disponibili su prescrizione non venga risolto.

#### LA LEZIONE APPRESA

- La fornitura di fondi di ricerca per sviluppare, implementare e valutare un corso di addestramento completo è cruciale per l'implementazione ed il successo del progetto.
- Il coinvolgimento del settore indipendente (per esempio le case di riposo) è stato essenziale per assicurare una continuità assistenziale.
- Il coinvolgimento dell'infermiere ospedaliero specializzato nella vitalità dei tessuti e i dirigenti anziani infermieristici o clinici, potrebbe aumentare la partecipazione all'addestramento degli infermieri ospedalieri e ridurre il bisogno che l'infermiere del progetto tratti i pazienti in ospedale.
- I bendaggi compressivi multistrato sono efficaci nei diversi contesti delle cliniche dell'ulcera dell'arto inferiore.

- Anche dopo l'addestramento non tutti gli infermieri sono in grado di applicare la terapia compressiva al medesimo livello.
- La terapia compressiva a 3 strati può essere più difficile da applicare rispetto a quella a 4 strati, ma il rapporto in termini di costo beneficio non è chiaro.

#### CONCLUSIONI

Ci siamo occupati del miglioramento della pratica e degli esiti dei pazienti dopo l'implementazione di una linea guida basata sulle evidenze. L'approccio per l'implementazione è stato di tipo multifattoriale, ha incluso delle giornate di studio interattivo, audit e feedback, materiali educativi cartacei e linee guida, video, visite formative da esterni e cambiamenti organizzativi. Nella valutazione, non abbiamo potuto determinare ne' il contributo relativo alle diverse strategie di implementazione, ne' i cambiamenti individuali nell'assistenza dell'ulcera dell'arto inferiore, come il cambiamento nell'uso dei

bendaggi, la formazione degli infermieri e la riorganizzazione del servizio. L'implementazione della linea guida, tuttavia, è stata associata chiaramente ad un miglioramento della pratica e degli esiti dei pazienti.

Angela Tinkler, BSc(HONS), PG DIP  
Wirral Health Authority, St Catherine's Hospital,  
Merseyside, UK

Julie Hotchkiss, SRN, MPH, HON MFPHM  
Wirral Health Authority, St Catherine's Hospital,  
Merseyside, UK

Andrea Nelson, RGN, BSc(HONS)  
University of York, York, UK (Department of  
Nursing, University of Liverpool at time of project)

Liz Edwards, RGN, DN, BSc(HONS)  
Wirral and West Cheshire Community NHS Trust,  
Merseyside, UK



Luglio 2004